

Representações sociais de residentes multiprofissionais acerca da idealização da vivência na rede de atenção à saúde**Social representations of multiprofessional residents about idealization of life in the health care network**

DOI:10.34117/bjdv5n8-131

Recebimento dos originais: 14/07/2019

Aceitação para publicação: 29/08/2019

Mirian Cristina Ribas

Mestranda do programa de pós-graduação em ciências sociais aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa-PR. Bacharel em direito pela sociedade educativa e cultural AIImélia, secal.

Instituição: Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa-PR.

Endereço: Av. Carlos Cavalcante 4748, bloco m, Campus de Uvaranas, Ponta Grossa, PR 84030-000, Brasil.

E-mail: ribas.mi@hotmail.com

Danielle Bordin

Doutora em odontologia preventiva e social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - SP.

Professora colaboradora do departamento de enfermagem e saúde pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa- PR, Brasil.

Instituição: Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa- PR.

Endereço: departamento de enfermagem e saúde pública, Av. Carlos Cavalcante 4748, bloco m, Campus de Uvaranas, Ponta Grossa, PR 84030-000, Brasil.

E-mail: daniellebordin@hotmail.com

Luciane Patrícia Andreani Cabral

Mestre em tecnologia em saúde pela PUC-PR. Professora colaboradora do departamento de enfermagem e saúde pública – UEPG. Coordenadora geral das residências multiprofissionais em saúde – HURCG- PR. Enfermeira pelo cescage.

Instituição: Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa- PR.

Endereço: departamento de enfermagem e saúde pública, Av. Carlos Cavalcante 4748, bloco m, Campus de Uvaranas, Ponta Grossa, PR 84030-000, Brasil

E-mail: luciane.pacabral@gmail.com

Cristina Berger Fadel

Pós-doutora pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho- SP. Doutora em odontologia preventiva e social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho-SP. Professora associada do departamento de odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa- PR, Brasil.

Instituição: Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa- PR.

Endereço: departamento de enfermagem e saúde pública, Av. Carlos Cavalcante 4748, bloco m, Campus de Uvaranas, Ponta Grossa, PR 84030-000, Brasil

E-mail: cbfadel@gmail.com

Alfredo Cesar Antunes

Doutor em educação física/ciência do desporto pela Universidade Estadual de Campinas – SP. Professor adjunto da Universidade Estadual de Ponta Grossa e docente do mestrado e doutorado interdisciplinar, em ciências sociais aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa- PR, Brasil.

Instituição: Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa- PR.

Endereço: departamento de enfermagem e saúde pública, Av. Carlos Cavalcante 4748, bloco m, Campus de Uvaranas, Ponta Grossa, PR 84030-000, Brasil

E-mail: alfredo.cesar@hotmail.com

Bruno Pedroso

Pós-doutor em engenharia de produção pela Universidade tecnológica federal do Paraná – UTFPR. Doutor em educação física pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Professor adjunto do departamento de educação física e docente permanente do programa de pós-graduação em ciências sociais aplicadas e do programa de pós-graduação em ciências da saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa- PR, Brasil.

Instituição: Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa- PR.

Endereço: departamento de educação física, Av. Carlos cavalcante 4748, bloco m, Campus de Uvaranas, Ponta Grossa, PR 84030-000, Brasil.

E-mail: prof.brunopedroso@gmail.com

RESUMO

Este artigo tem como objetivo apresentar a percepção de residentes multiprofissionais em saúde acerca da vivência prática na Rede de Atenção à Saúde, à luz da teoria das representações sociais. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo-exploratório, desenvolvido no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais no ano de 2019. Considerou-se como população de estudo os residentes multiprofissionais em saúde (n=55), em seu primeiro ano de residência. Para a coleta de dados utilizou-se o Grupo Focal; e a pergunta norteadora única: ‘Qual importância você atribui à vivência prática na Rede de Atenção à Saúde? Por favor, expresse todas as suas opiniões’. Os dados foram analisados por meio do discurso do sujeito coletivo e à luz das Representações Sociais. Os resultados possibilitaram a extração da temática “Conhecimento do fluxo da rede de atenção à saúde” a qual emergiu quatro ideias centrais com seus respectivos discursos. A primeira ideia central discorre a potencialidade de contextualização teórico-prática angariada com a vivência prática nos diferentes níveis de atenção da rede. Além de propiciar o entendimento acerca do funcionamento da rede, permite potencializar o processo de trabalho dos residentes, garantindo encaminhamento correto do paciente na rede, maior resolubilidade e acolhimento diferenciado do cuidado em saúde, conforme observado nas ideias centrais subsequentes. Ademais, os residentes expressaram a representação social inerente a maior valorização do SUS. Conclui-se que a representação social dos residentes multiprofissionais em saúde acerca da vivência na rede de atenção à saúde é enriquecedora, geradora de crescimento profissional e apropriação de conhecimentos científicos e ideológicos.

Palavras-chave: Formação Profissional em Saúde; Análise Qualitativa; Serviços de Saúde, Representações Sociais.

ABSTRACT

This article aims to present the perception of multiprofessional health residents about the practical experience in the health care network, in light of the theory of social representations. This is a qualitative, descriptive-exploratory study, developed at the Campos Gerais Regional University Hospital in the year 2019. The study population was considered multiprofessional health residents (n=55), in their first year of residence. For data collection, the Focal Group was used, and a single guiding question: 'What importance do you attribute to the practical experience in the health care network? Please express all your opinions'. The data were analyzed through the discourse of the collective subject and in light of the Social Representations. The results enabled the extraction of the theme "Knowledge of the health care network flow", which emerged four central ideas with their respective discourses. The first central idea discusses the potential of theoretical-practical contextualization raised with the practical experience in the different levels of attention of the health care network. In addition to providing an understanding of the operation of the health care network, it enables the residents' work process to be strengthened, ensuring correct referral of the patient to the health care network, greater resolvability and differentiated reception of health care, as observed in the subsequent central ideas. In addition, the residents expressed the social representation inherent in the greater appreciation of SUS. It is concluded that the social representation of multiprofessional health residents about the experience in the health care network is enriching, generating professional growth and appropriation of scientific and ideological knowledge.

Keywords: Health Human Resource Training; Qualitative Analysis; Health Services; Social representations.

1. INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) iniciou sua trajetória a partir da Lei nº 11.129 de 2005, a qual instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde – definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para à educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica (BRASIL, 2005). Por sua vez, a referida legislação determinou ainda a responsabilidade conjunta aos setores de educação e saúde para a inserção qualificada, remunerada e de dedicação exclusiva de novos profissionais no mercado de trabalho, sob supervisão docente-assistencial.

Dessa forma, a RMS, passa a ser uma estratégia promissora de Educação Permanente em Saúde (EPS), com potencial significativo de transformação do perfil profissional atuante do Sistema Único de Saúde (SUS) e do padrão assistencial prestado, pois realça em seu arcabouço os princípios e as diretrizes do SUS e avança na caminhada para o trabalho multiprofissional. Desta feita, a formação de profissionais a partir da RMS acontece em torno da inserção no ensino-serviço-comunidade e da inter-relação entre os núcleos de saberes e práticas das profissões envolvidas, buscando-se romper os ideais de fragmentação entre os

saberes das diversas profissões, permitindo a complementariedade entre as práticas (MIRANDA et al., 2017).

Neste sentido, e sob a designação de uma carga horária mínima total de 5.760 horas, distribuídas no período de dois anos, os programas de RMS desenvolvem 80% da carga horária total na forma de atividades práticas e 20% na forma de atividades teóricas ou teórico-práticas, sendo recomendada a interação dos residentes com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município no segundo ano do programa (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014).

De fato, o reconhecimento de residentes de diferentes profissões da área da saúde sobre a prática do trabalho interprofissional, assinalando que as estratégias que vêm sendo implementadas para à interdisciplinaridade, permitem a prática colaborativa entre estes atores (CASANOVA; BATISTA; RUIZ-MORENO, 2015; SILVA et al., 2015; MIRANDA et al., 2017; FERNANDES; MASIERO; KUHNEN, 2015; GOMES et al., 2017), reparando, muitas vezes, uma lacuna histórica deixada pelos cursos de graduação em saúde no Brasil.

Com efeito, os debates sobre a formação do profissional da saúde tornam-se evidentes na agenda de gestores de políticas públicas de educação e de saúde objetivando conquistar, especialmente, a integralidade no cuidado em saúde da população. Sob esta ótica, o trabalho em equipe recomendado pela RMS, assim como suas práticas colaborativas na RAS, expressam medidas primordiais de reconhecimento da conjunção de saberes e do viés interdisciplinar explícito entre as diferentes áreas, visando superar a fragmentação do conhecimento e da atenção à saúde, de modo integralizado.

Nesse contexto, o caminho que está sendo trilhado pela RMS permeia a busca de profissionais qualificados para o sistema de saúde nacional, na direção da perspectiva ativa de ensino-aprendizagem permitindo-se alterações necessárias no cenário da saúde.

Para melhor entendimento deste processo, em especial da idealização acerca da inserção do residente na rede de atenção à saúde, o presente estudo busca suporte nas representações sociais.

Em se tratando da teoria das Representações Sociais, Moscovici (1978) elaborou o conceito, nascido da releitura da teoria de representação coletiva da teoria funcional do sociólogo Émile Durkheim. Na definição de Moscovici (1978), a representação social refere-se ao posicionamento e à localização da consciência subjetiva nos espaços sociais, com o sentido de constituir percepções por parte dos indivíduos.

No estudo de Moscovici (1978), há referência acerca da inter-relação entre os sistemas de pensamentos e as práticas sociais, para que seja possível compreender o senso comum e a

eficácia destas representações na orientação dos comportamentos e na comunicação, entendendo a representação social como sistema de recepção de novas informações sociais.

Para Celso Pereira de Sá (2000), outra proposição teórica admitida por Moscovici (1987) são os processos de objetivação e ancoragem, na medida em que constituem o princípio basilar de transformar o *não familiar em familiar*, assim uma realidade social é criada apenas quando o novo ou não familiar vem a ser incorporado aos universos consensuais.

Frente ao exposto, o presente artigo tem como objetivo apresentar a idealização de residentes multiprofissionais em saúde acerca da futura vivência prática na Rede de Atenção à Saúde, à luz da teoria das representações sociais.

2. METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, classificado como descritivo-exploratório, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma Instituição de Ensino Superior (Parecer nº 2.461.494/2018) desenvolvido junto ao Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HURCG) no ano de 2019.

Adotam-se como referencial teórico metodológico as Representações Sociais (RS). Uma vez que as RS buscam uma compreensão particular daquilo que se estuda, o foco de sua atenção é centrado no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados.^{11,27} No campo da saúde coletiva, de relevada importância são as significações atribuídas às ações e aos serviços de saúde, revelando-se como importante estratégia de investigação qualitativa.

2.2 CAMPO DE ESTUDO

O presente trabalho foi desenvolvido no HURCG – Paraná, o qual atualmente conta com cinco residências multiprofissionais, a saber: intensivismo, neonatologia, reabilitação, saúde do idoso e urgência e emergência. Dispõe também de duas residências uniprofissionais (cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial e enfermagem obstétrica). Além disso, contempla dez residências médicas, sendo elas: radiologia e diagnóstico por imagem, medicina intensiva, ortopedia, anestesiologia, clínica médica, cirurgia geral, medicina da família e comunidade, neurologia, otorrinolaringologia e cirurgia vascular.

Para o presente estudo, considerou-se com campo de investigação, apenas as residências multiprofissionais em saúde.

2.3 OS INFORMANTES

A população deste estudo foi constituída pela totalidade de residentes multiprofissionais em saúde (RMS) (n=55), em seu primeiro ano de residência e que não haviam sido expostos os cenários de prática da RAS do município investigado, quando em acordo com sua participação e sob garantia de total sigilo e anonimato.

Os informantes pertenciam às seguintes categorias profissionais: Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social, Odontologia, Farmácia e Análises Clínicas. Como não houve recusa por parte dos informantes, a totalidade de RMS compuseram a amostra final. Observou-se a realidade deste universo com suas particularidades e representatividades, respeitando-se os seus hábitos de vida e de trabalho.

2.4 OBTENÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Como subsídio à coleta de dados utilizou-se a técnica denominada Grupo Focal, bastante utilizada no entendimento das diferentes percepções acerca de um fato, prática, produto ou serviço (IERVOLINO; PELICIONI, 2001). Os dados foram angariados por um único pesquisador previamente treinado e calibrado, por meio de pergunta norteadora única: ‘Qual importância você atribui à vivência prática na Rede de Atenção à Saúde? Por favor, expresse todas as suas opiniões.

Foram desenvolvidas quatro entrevistas em grupo focal, uma para cada residência multiprofissional com vigência maior de um ano (neonatologia, intensivismo, reabilitação, urgência e emergência e saúde do idoso). Os discursos foram gravados, com duração média de sessenta minutos e, posteriormente, transcritos. O HURCG foi o local sugerido pelos entrevistados para o alcance desses subsídios em um ambiente reservado, visando a liberdade de expressão dos informantes.

2.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

O material produzido por meio de entrevista foi tratado de acordo com a técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposta por Lefèvre (2006). Esta é uma estratégia metodológica com vistas a tornar mais clara uma dada representação social e consiste na reunião, em um só discurso-síntese, de vários discursos individuais emitidos como resposta a uma mesma questão de pesquisa, por sujeitos social e institucionalmente equivalentes ou que fazem parte de uma mesma cultura organizacional e de um grupo social

homogêneo, na medida em que os indivíduos que fazem parte deste grupo ocupam a mesma ou posições vizinhas em um dado campo social. O DSC é então uma forma de expressar diretamente a representação social de um dado sujeito social (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

Os relatos obtidos nas entrevistas foram analisados para à identificação das expressões-chave, ou seja, trechos do discurso destacados pelo pesquisador que revelam sua essência de conteúdo, e identificação das ideias centrais para posteriormente formular uma síntese única originária dos discursos. Os DSC foram discutidos com suporte da literatura científica à luz das representações sociais.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de acadêmicos entrevistados (n=55), 44 (80%) pertenciam ao gênero feminino e 11 (20%) ao gênero masculino, distribuídos nos diferentes programas multiprofissionais em saúde. A faixa etária média dos participantes foi de 24 anos.

Mazzotti (2002) pontua que entre os desdobramentos da teoria iniciada por Moscovici (1978) evidencia-se a abordagem estrutural das representações sociais inaugurada por Abric (1994) e complementada por demais colaboradores. A concepção de Abric (1994) é de que toda representação está permeada em um núcleo central que determina sua organização interna e significação. Por sua vez, referido núcleo é determinado pela natureza do objeto ora representado, pelo tipo de relações que o grupo mantém com o objeto e pelo sistema de valores sociais que norteiam o contexto ideológico do grupo.

Deste modo, para o presente estudo extraiu-se uma temática, quatro ideias centrais e os discursos resultantes da análise, além da discussão com base em referencial teórico.

3.1 TEMÁTICA - CONHECIMENTO DO FLUXO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

3.1.1 Ideia central 1 - contextualização teórico-prática

DSC – [...] a gente precisa ter contato com todos os setores da rede pra gente entender na prática como funciona. [...] Vamos ser sinceros né, gente! A gente só tem rede na teoria na verdade, na graduação a gente não entende literalmente o que é rede, e aqui a gente consegue ter isso. [...] Eu acho que é um erro da graduação da própria universidade não estar inserida na rede, então a gente conhece na teoria, mas a gente não vivencia. E aqui na residência a gente tem esta vivência!

Considerando que os residentes têm uma carga teórica de 20% e a prática de 80%, carga horária que torna possível experienciar de fato, o funcionamento do serviço, em especial

da rede de atenção em saúde, condição que permite contextualizar na prática o arcabouço teórico que se adquiriu nos acentos universitários. Esta contextualização teórico-prática e integração ensino-serviço, permeada por meio da educação permanente em saúde, é importante uma vez que tende a aprimorar a atuação enquanto profissional e fomentar um dispositivo potente de gestão em saúde (PEITER et al., 2019).

Para Peiter et al., (2019) estratégias de educação permanente, como a proposta das residências multiprofissionais em saúde sob investigação, configura-se em uma ferramenta fundamental à reorientação da formação, com vistas a fortalecer o comprometimento e o preparo de profissionais quanto a gestão, mudanças e transformações das redes, principalmente com foco na integralidade, e na aprendizagem diferenciada que agrega a troca de saberes multiprofissionais à produção contínua de cuidado.

Ao experimentar a vivência teórica, surge uma reflexão acerca do modelo de formação de ensino fragmentado e o desafio de integrá-la no contexto prático de modo a relacionar os conteúdos aprendidos à realidade apresentada. No que tange ao arcabouço teórico, este ganha um significado a partir da interação ensino/serviço, vez que para uma aproximação da teoria com a prática, vai ao encontro das necessidades percebidas junto a Rede de atenção à Saúde, bem como as estratégias de aproximação com a equipe multiprofissional, almejando a interação e o diálogo entre a equipe, com vistas ao desenvolvimento prático das habilidades profissionais (SOUZA; CARCERERI, 2011; PEITER et al., 2019).

À vista disso, o residente tem a oportunidade de unir seus conhecimentos e, expectativas obtidas na graduação, à prática do processo de ensino-aprendizagem no serviço, desta feita, refletir sobre suas atitudes e papel junto à comunidade (MORITA; HADDAD, 2008; PEREIRA; RAMOS, 2006; YODER, 2006). Ainda no mote do conhecimento de outros pontos de atenção da rede extrapolando o nível hospitalar, além de propiciar o entendimento acerca do funcionamento da rede, permite potencializar o processo de trabalho dos residentes, conforme observado nas ideias centrais subsequentes.

No entendimento de Araújo e Zilbovicius (2008), Morita e Haddad (2008) e Silva (2008), a junção teórico-prática em um viés integrativo somados à prestação de cuidado integral à saúde, o trabalho em equipe, têm a possibilidade de potencializar a formação, o enfrentamento das necessidades em saúde da população e a reorganização do modelo de atenção à saúde.

Nesse processo, muitos estudantes buscam uma maneira de inovar, contribuindo com novas formas de trabalho com vistas a romper com as estruturas tradicionais (LIMA et al.,

2010). A atuação do residente em diferentes cenários da RAS assume uma destas formas, pois possibilita ao residente (re)produzir, com um outro olhar, os conhecimentos adquiridos ao longo de seu percurso e transcender o aprendizado obtido durante a graduação, conforme exposto a seguir.

3.1.2 Ideia central 2 - Encaminhamento correto do paciente e resolubilidade

DSC – É importante, eu vejo que nessa questão de ir pra fora do hospital, a gente conhecer a realidade de uma atenção primária, de uma atenção secundária, faz com que a ideia de fluxo de SUS fique muito mais clara, eu acho que a gente aprende bastante na questão de quando um paciente cai na nossa mão, a gente sabe onde colocar ele dentro do fluxo. [...] Acho que conhecendo esses três pontos da rede, a gente consegue muito bem colocar o paciente na rede de novo no ponto correto né, sem ficar alternando entre os pontos e ainda não ser resolvido o problema dele. [...] e isso pra nós é motivo de grande satisfação, é sinal de trabalho bem feito, resolutivo!

A percepção da importância de uma vivência na Rede de Atenção à Saúde, corroborando com a lógica do trabalho em equipe multiprofissional, faz com que o residente vivencie, na prática, um processo de trabalho que espelhe em espaços para discussões e desenvolvimento de boas relações no cuidado prestado aos usuários de forma integralizada.

As redes de atenção à saúde identificam-se por serem organizações de serviços de saúde, sem vínculos hierárquicos entre si, que potencializam a atenção integral de forma continuada a uma determinada população, em com qualidade razoável para responder às suas necessidades e possíveis demandas (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016; PEITER et al., 2019). Destaca-se que todos os pontos de atenção à saúde são primordiais e se relacionam entre si, de modo que implicam na atenção nos níveis primário, secundário e terciário; abarcando uma atenção integral com intervenções preventivas, cuidadoras, reabilitadoras, promocionais, curativas e paliativas (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016; PEITER et al., 2019).

Nesse contexto, a resolubilidade no encaminhamento e posteriores cuidados, está vinculada à atuação profissional em todos os níveis de atenção à saúde. O sistema de referência e contrarreferência exterioriza a organização dos serviços existentes no SUS, uma vez que possibilita favorece o acesso a todos os níveis de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Ao vivenciar na prática os pontos e consequente fluxo da Rede de Atenção à Saúde, o residente otimiza o processo de trabalho, diminui pretensos gastos e verifica a importância do encaminhamento do paciente ao local correto, além de articular, de forma mais eficiente, a promoção da saúde às práticas de cuidado, com atuação em equipe multiprofissional e cuidado compartilhado (PEITER et al., 2019).

Para Gonçalves et al., (2014) a formação de recursos humanos é ponto central para estruturação e integração das redes, gerando profissionais preparados para atuar como protagonistas na RAS e enfrentar as fragilidade existentes na integração entre os serviços de saúde. A ausência ou incipiência de entendimento do funcionamento da RAS pressupõe dificuldade no acesso e na continuidade do cuidado, desperdício de recursos financeiros, duplicação de serviços especializados e má qualidade da atenção (PEITER et al., 2019).

Ainda, a possibilidade de viabilizar a atenção integral às necessidades dos pacientes abarcadas por rupturas sociais tem sido apontada como fator de satisfação no trabalho em diversas áreas (GARANHANI et al., 2008; CAVANAGH, 1992), conjuntura que também é revelada pelos residentes desta pesquisa.

3.1.3 Ideia central 3 - Acolhimento diferenciado do cuidado em saúde

DSC – E a gente ter essa clareza de como funciona o fluxo lá fora e como é a realidade lá fora, torna a gente um dispositivo nesse sentido, que olha: eu sei como funciona, enquanto você tiver aqui (no hospital) vai ser dessa forma, mas depois que eu te encaminhar pra outro setor, uma outra instituição, enfim, eu sei como funciona lá e como é que vai continuar o tratamento lá.[...] Porque daí a gente começa a fazer parte de uma outra realidade, começa a trabalhar em busca daquela realidade e sai um pouco do que a gente já estava acostumado, né?

Vivenciando as diferentes realidades sociais, o residente norteia os usuários de saúde a encontrarem outros pontos da Rede de atenção à saúde, vislumbrando outras possibilidades em um processo alicerçado pela humanização. A atuação dos RMS como dispositivo comunicador e conector com os diferentes pontos da rede configura-se em estratégia para superação da fragilidade na integração entre os serviços de saúde e promoção da continuidade do cuidado e do vínculo nos fluxos do usuário pelo sistema, principalmente que tange à continuidade do cuidado em pontos de transição, com foco na transição do ambiente hospitalar à APS, momento sensível à descontinuidade do cuidado (PEITER et al., 2019). Deste modo,

a concepção dos residentes mostra a relevância em conhecer a realidade na *práxis* do sistema público de saúde.

Em se tratando da humanização no atendimento, esta é imprescindível nos serviços de saúde. Destarte, a falta de comprometimento ético, acolhimento, respeito e atenção pelos profissionais de saúde, são geradores de insatisfação nos usuários (BRASIL, 2004; MOIMAZ et al., 2017). Isto é, o acolhimento e atendimento humanizado dispensado ao paciente contribui inclusive na melhora da saúde do paciente, proporcionando segurança e satisfação.

Para tal, na percepção de Lima (2014) as ações desenvolvidas durante o atendimento devem se desprender para além do âmbito biomédico reducionista de realização de procedimento clínico, avançando em direção a um processo de trabalho centrado no vínculo profissional/paciente; no fortalecimento da autonomia; na cooparticipação e responsabilização ativa dos problemas em saúde e na promoção da saúde.

Sob essa ótica, Selliet et al. (2008), interpretam que quando um indivíduo se propõe a desenvolver atividades voltadas a valorização da vida e do sujeito na sua singularidade, este é beneficiado pelo: aprendizado, superação de si mesmo, redimensionamento do cotidiano, encontro com a própria humanidade, despertar da sensibilidade humana, possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos durante a graduação, e criação de vínculos com a comunidade.

Conhecer o contexto que o usuário está inserido é determinante nas relações sociais, fato que engloba, além dos aspectos demográficos, políticos e econômicos, bem como as particularidades, interesses, crenças, hábitos, e comportamentos, o que faz despertar também a consciência cidadã.

Hodiernamente, infere-se que, para a formação do cidadão, é fundamental sua efetiva interação com a sociedade, seja para se situar histórica e culturalmente ou para referenciar a sua formação técnica com os problemas que um dia terá de enfrentar (MEDICIS; ZAGO, 2008; RIBEIRO, 2005).

3.1.4 Ideia central 4 - Valorização do SUS

DSC – [...] pelo fato de a gente entender como funciona o sistema, então eu acho que diminui um pouco esse preconceito contra o SUS, que o SUS não funciona, porque como a gente tá aqui a gente sabe que sim, o SUS funciona e que tem muita qualidade dentro do SUS, muito mais do que a gente acharia se nunca tivesse entrado na rede. [...] de que o SUS ele é um sistema organizado e que existe um fluxo, que não é assim na brincadeira, que o hospital

não é o centro das atenções, que resolve todos os problemas [...] que os outros locais também tem seu papel na solução do problema [...]. Então a gente consegue, digamos assim, dar o valor necessário que o sistema merece.

A vivência na Rede de atenção à saúde enriquece a formação do residente, contribuindo, também, para a atuação no SUS, bem como a construção de habilidades críticas e reflexivas. O SUS implica em um sistema bem estruturado, onde os processos são bem delineados em cada nível de atenção à saúde, entretanto, a falta de conhecimento faz com que alguns sujeitos o desvalorizem. Segundo Coelho et al. (2015), estudos apontam que a desvalorização do SUS é comum, considerando a diferença entre a teoria e a prática, na construção cotidiana; a teoria se assemelha ao SUS em um viés legislativo, considerando que na prática está inacabado demandando melhorias.

Um aspecto importante é o fato que os usuários procuram os serviços de saúde almejando acolhimento, atenção e resolução de seus problemas, em que pese o desconhecimento do funcionamento do sistema de alguns indivíduos, não se pode olvidar o notório avanço legal representado pela criação do SUS no país, especialmente no que concerne aos direitos sociais conquistados pelos cidadãos (CARVALHO, 2001), condição, que segundo os residentes, fica evidente na prática do serviço.

Ainda, conforme supracitados pelos residentes, a população tem fortemente arraigada em sua cultura reflexos do modelo médico-assistencial hegemônico, hospital centrado na doença, em que se configura o local em que os problemas são solucionados, com pouca valorização dos demais níveis de atenção à saúde (PEITER et al., 2019). Quando se tem contato profícuo com toda a rede, vê-se a importância de cada nível de atenção dispõe no cuidado em saúde e ainda, que o serviço é bem estruturado e que todos os níveis cumprem com seu papel na rede e existe articulação entre eles, o resultado final, ou seja, o cuidado ofertado ao usuário, é satisfatório, resolutivo e de qualidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos inerentes às representações sociais abrem novas perspectivas nas Ciências Sociais, na medida em que suas formulações ressaltam os processos cognitivos coletivos e não apenas individuais, identificando as dimensões que permeiam a apropriação dos conhecimentos científicos e ideológicos, transformando-os em realidades sociais e instrumentos próprios de uma coletividade.

Nesse sentido encontrou-se que a representação social acerca da vivência na Rede de Atenção à Saúde, potencializou o conhecimento inerente ao fluxo na contextualização teórico-prática, encaminhamento correto do paciente e resolubilidade, acolhimento diferenciado do cuidado em saúde e a valorização do SUS.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. Représentations sociales: aspects théoriques. In: ABRIC, J.C. (org.). **Pratiques sociales et representations**. Paris: PUF, 1994.

ARAÚJO, M.E.; ZILBOVICIUS, C. **A formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS)**. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. (Orgs.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 277-90.

ARAÚJO, M.E.; ZILBOVICIUS, C. **A formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS)**. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. (Orgs.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 277-90.

BARBOSA, Dayse Vieira Santos; BARBOSA, Nelson Bezerra; NAJBERG, Estela. **Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS**. **Cad. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2016nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201600010106.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 jul 2005.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria nº. 754, de 18 de abril de 2012. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 abr. 2012.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014.

CARVALHO, J.M. **A cidadania no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

CASANOVA, I.A.; BATISTA, N.A.; RUIZ-MORENO, L. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 22, Suppl. 1, p. S1325-37, 2018.

CAVANAGH, S.J. Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. **Journal of Advanced Nursing**, v. 17, n. 6, p. 704-711, 1992.

COELHO, Thereza Christina Bahia; ARAUJO, Tânia Maria de; ALMEIDA, Tatiane Santos Couto de; SILVA, Elaine Andrade Leal; SANTOS, Deisy Vital dos. Discursos de trabalhadores da estratégia saúde da família sobre o SUS. **Rev. Saúde Col. UEFS**, v. 5, n. 1, p. 1-8, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.uefs.br/ojs/index.php/saudecoletiva/article/view/1006/791>>. Acesso em: 17 jun. 2019.

FERNANDES, E.G.S.; MASIERO, A.V.; KUHNEN, M. Percepção de cirurgiões dentistas inseridos na estratégia de saúde da família sobre o trabalho multiprofissional. **Revista Gepes Vida**, v. 1, n. 2, p. 56-70, 2015. Disponível em: <<http://www.icepsc.com.br/ojs/index.php/gepesvida/article/view/66/40>>. Acesso em: 22 jun. 2019.

GARANHANI, M.L. et al. O trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: significados para técnicos de enfermagem. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 4, n. 2, p. 1-15, 2008.

GOMES, E.R. et al. Psicólogos na residência multiprofissional em atenção básica: estudo a partir de documentos e sujeitos. **Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 271-82, 2017.

GONÇALVES, C.R. et al. Human resources: critical factor for primary health networks. **Saúde Debate**, v. 38, n. 100, p. 26-34, 2014.

IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 35, n. 2, p. 115-21, 2001.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. O sujeito coletivo que fala. **Interface (Botucatu)**, v. 10, n. 20, p. 517-524, 2006.

LIMA, D.P. et al. A importância da integração universidade e serviços de saúde. **Rev. Cienc. Ext.**, v.6, n.1, p.129-37, 2010.

LIMA, T.J.V. et al. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. **Saúde Soc.**, v. 23, n. 1, p.265-276, 2014.

MAZZOTTI, A.J.A. A abordagem estrutural das representações sociais. **Rev. Psic. Ed.**, v. 14, n. 1, 2002.

MEDICIS, F.A.; ZAGO, J.A. A formação do cidadão crítico: análise de uma unidade escolar. **Rev. Multidisciplinar UNIESP**, n. 6, p. 190-1, 2008.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MIRANDA, S.A.B. et al. Residência Multiprofissional em Saúde: apontamentos sobre a inserção do serviço social. **Rev Serv Social Perspectiva**, v. 1, n. 1, p. 126-45, 2017. Disponível

em: <<http://www.periodicos.unimontes.br/sesoperspectiva/article/view/319/328>>. Acesso em: 19 jun. 2019.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Qualificação do acolhimento nos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Colet.**, v. 25, n. 1, p. 1-6, 2017.

MORITA, M.C.; HADDAD, A.E. A concepção pedagógica e as Diretrizes Curriculares Nacionais: interface da área da Educação e da Saúde na perspectiva da formação e do trabalho das equipes da Saúde da Família. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. (Orgs.). **Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.268-76.

PEITER, C.C. et al. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Esc Anna Nery**, v. 23, n. 1, e0180214, 2019.

PEREIRA, I.B.; RAMOS, M.N. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

RIBEIRO, K.S.Q.S. A contribuição da extensão comunitária para a formação acadêmica em fisioterapia. **Fisiot. Pesqu.**, v. 12, n. 3, p. 22-9, 2005.

SÁ, C.P; ARRUDA, A. O estudo das representações sociais no Brasil. **Revista de Ciências Humanas**, n. 3, Edição Especial Temática, p.11-31, 2000.

SELLIET, L. et al. Beneficiários do trabalho voluntário: uma leitura a partir da bioética. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1085-9, 2008.

SILVA, E.V.M. **A formação de profissionais da saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

SILVA, J.C. et al. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta Paulista de Enferm**, v. 28, n. 2, p. 132-8, 2015.

SOUZA, A.L.; CARCERERI, D.L. Estudio cualitativo de la integración docencia-servicio em un curso de graduación de Odontología. **Interface**, v. 15, n. 39, p. 1071-84, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n39/aop2411.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2019.

YODER, K.M. A framework for service-learning in dental education. **J. Dental Education**, v. 70, n. 2, p. 115-23, 2006.